

(штамп медицинского
учреждения)

Заключение
лечебно-профилактического учреждения
для предоставления социального обслуживания на дому

Дана гр. _____

Дата рождения _____, прож. по адресу _____

Пенсионер, инвалид _____

(нужное подчеркнуть, указать группу инвалидности)

в том, что он (она) нуждается (не нуждается) в постоянном (временном)
постороннем уходе вследствие частичной или полной утраты способности к
самообслуживанию в силу заболевания, травмы, возраста, наличия инвалидности
(нужное подчеркнуть)

« ____ » _____ 20 _____

(Печать и подпись врача)
М.П.

штамп медицинского
учреждения)

С П Р А В К А

Дана _____,

« ____ » _____ г.р., пенсионер, инвалид (нужное подчеркнуть)

прож. по адресу: _____

в том, что заболевания, представляющие опасность для окружающих
(в соответствии с перечнем, утвержденным Постановлением Правительства
Российской Федерации от 01.12.2004 №715), отсутствуют.

« ____ » _____ 20 г.

(печать и подпись врача)
М.п.